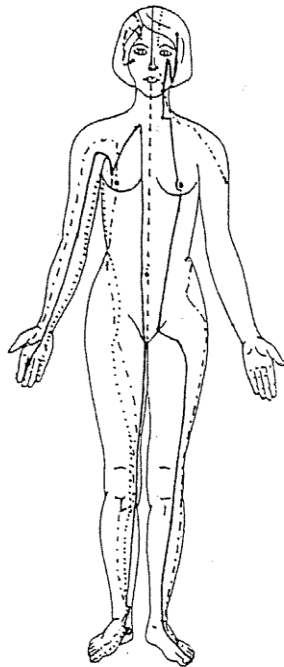




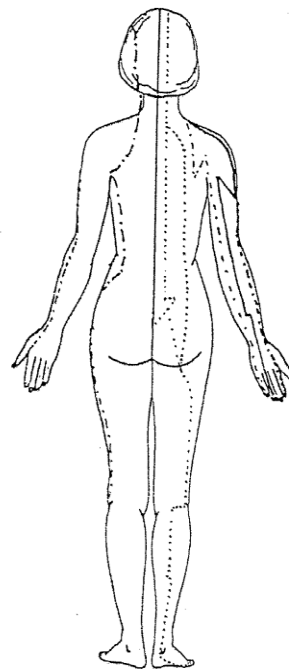
## **NARBEN** -DAMIT ENERGIE WIEDER FLIESSEN KANN

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

1. Bitte zeichnen Sie alle Ihre Narben auf der Rückseite dieses Blattes ein.
2. Traten einige Zeit (Wochen, Monate) nach einem Unfall oder einer Operation irgendwelche Veränderungen in Ihrem körperlichen oder seelischen Befinden auf? Welche?
3. Haben Sie Missempfindungen (Schmerzen, Jucken, Taubgefühle...) an Narben? An welchen?
4. Spüren Sie bei Wetterumschwüngen bestimmte Narben? Welche?
5. Gibt es Narben, die schlecht oder mit Komplikationen abheilen? Welche?
6. Wurde eine Narbe ein weiteres Mal geöffnet? Welche?
7. Welche Narbe stört Sie persönlich?



**Bitte zeichnen Sie Ihre Narben  
in das Bild ein!**



**Bitte zeichnen Sie Ihre Narben  
in das Bild ein!**

**Notiz:**

---

---

---

---

---

---

---